

(別紙様式 1)

兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務
実 施 状 況 報 告 書 兼 請 求 書

実施月の翌月末

までの日付を記入

年 月 日

兵庫県知事 様

住 所

団 体 名

代表者名

電 話

()

-

番

電子メール

兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務委託契約書第16条第1項の規定に基づき、下記のとおり報告するとともに委託料を請求します。

記

6,259 × (a) になっているか
確認してください

1 〇 月 実施分

2 請 求 額 金 (1) + (2) 円

3 実施件数及び請求額の内訳

(1) 検査費

検査費計 5,540 × (a) 円 × 110 / 100 = (1) 円

検 査 項 目	実施単価	実施件数	検査費
ウイルス抗体価による方法 (HI 法)	5, 5 4 0 円	(a) 件	5,540 × (a) 円

(2) 事務処理費

検査件数 (a) 件 × 150 円 × 110 / 100 = (2) 円

4 添付書類

「兵庫県風しん抗体検査（妊娠を希望される方々等対象）申込書・個人票」写し